Licencia Medica

N°3 Folio: 15810696-5

OPERADOR: 4

SECCION 0:

La COMPIN, la Unidad de Licencias medicas o la ISAPRE, en su caso, podran rechazar o aprobar las licencias medicas, reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 3/1984.

MINISTERIO DE SALUD

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CODIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CODIGO PRESTADOR
76135801-4	3	SI	96501450-0 : CRUZ BLANCA	14375039-6	197018

ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION	MOTIVO NO RECEPCION	TIPO LIQUIDACION
1- OTORGADA	01-09-23 18:58	10100	65082446-6				

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO
BENAVIDES	SEPULVEDA	SANDRA	13391871-K	44	F

FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N DE DIAS	N DE DIAS EN PALABRAS
01 Dia 09 Mes 23 Ano	01 Dia 09 Mes 23 Ano	30	TREINTA

A.3 TIPO DE LICENCIA

1

1=Enfermedad o Accidente Comun
2=Prorroga Medicina Preventiva
3=Licencia Maternal Pre y Post Natal
4=Enfermedad Grave Hijo Menor de 1 ano
5=Accidente del Trabajo o del Trayecto
6=Enfermedad Profesional
7=Patologia del Embarazo

RECUPERABILIDAD LABORAL: 1 (1=Si 2=No)

INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 2 (1=Si 2=No)

FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO

TRAYECTO: (1=Si 2=No)

FECHA DE LA CONCEPCION

A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1 — 1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial

SOLO PARA REPOSO PARCIAL: A=Manana B=Tarde C=Noche

LUGAR DE REPOSO: 3 — 1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)
TRATAMIENTO AMBULATORIO

DIRECCION: CALLE;N;DEPTO;COMUNA
LAS LENGAS 405 SAN PEDRO DE LA PAZ

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)
0

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
FLORIO	BASSALETTI	CARLA GIOVANNA	14375039-6

ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO
PSIQUIATRÍA	1 (1=Medico 2=Dentista 3=Matrona)	209	CARLAFLORIO@GMAIL.COM

DIRECCION	TELEFONO	FAX
Avda libertador bernardo Ohiggins 1448 # Concepción chile	412290184	

Firmado Electronicamente

FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGNOSTICOS
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

ANTECEDENTES CLINICOS: INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO:

A.C COMPLEMENTO

CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	SABENAVI4@HOTMAIL.COM